

LS ID \_\_\_\_\_  
LCM \_\_\_\_\_  
PV  Priority \_\_\_\_\_  
Taken by \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

## Formulário de Queixa sobre Padrões Trabalhistas

Use este formulário para fazer queixas sobre salários não pagos, deduções ilegais, complementações salariais, salário mínimo, horas extras, ausência de horário de refeição, etc.

**Nota:** Este formulário de queixa está disponível em outros idiomas além do inglês. Qualquer pessoa trabalhando no Estado de New York pode fazer uma queixa para a Secretaria do Trabalho do Estado de New York. Certifique-se de ler as Informações de Como Registrar uma Queixa (LS223.2) antes de preencher este formulário.

Responda a todas as perguntas em cada parte relacionada à sua queixa. O fornecimento de informações completas nos ajuda a analisar sua queixa e aceitá-la para investigação. Entregue seu formulário preenchido no endereço acima.

Nós o contataremos caso não haja informações suficientes para prosseguir ou se sua queixa parecer inválida. Se tiver dúvidas sobre como preencher este formulário, telefone para (888) 469-7365.

### Não podemos aceitar as seguintes queixas sobre salários ou complementos:

- Por trabalhos realizados fora do Estado de New York.
- De qualquer pessoa empregada em capacidade administrativa, executiva ou profissional com remuneração maior que US\$ 900 brutos por semana (excluídos da cobertura sob as Seções 190[7] e 198-c[3]).
- De indivíduos empregados por uma entidade pública como um município, distrito ou cidade.
- De indivíduos autônomos.
- Por trabalhos realizados em um projeto de obra pública (use o formulário PW-4).

### Parte 1. Pessoa que registra a queixa (informações do empregado/queixoso)

1. Nome: (primeiro) \_\_\_\_\_ (do meio) \_\_\_\_\_ (último sobrenome) \_\_\_\_\_
2. Outro nome pelo qual é conhecido(a) no trabalho: \_\_\_\_\_
3. Endereço para correspondência: N°: \_\_\_\_\_ Rua: \_\_\_\_\_ N° do apto. \_\_\_\_\_  
Cidade/município: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
4. Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 5. Outro telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. E-mail: \_\_\_\_\_ 7. Seu idioma primário/preferencial: \_\_\_\_\_

### Parte 2. Contra quem a queixa se dirige (informações da empresa/proprietário da empresa)

- 8a. Nome da empresa: \_\_\_\_\_
- 8b. Razão social (se diferente): \_\_\_\_\_
- 8c. Tipo de entidade legal:  Indivíduo  LLC  Sociedade  Sociedade Anônima  Outro: \_\_\_\_\_
- 8d. Endereço para correspondência: N°: \_\_\_\_\_ Rua: \_\_\_\_\_ N° do andar/sala/conjunto: \_\_\_\_\_  
Cidade/município: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
- 8e. Telefone comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 8f. E-mail: \_\_\_\_\_

- 9a. Nome(s) do(s) proprietário(s) e título(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 9b. Endereço para correspondência: Nº: \_\_\_\_\_ Rua: \_\_\_\_\_ Nº do apto.: \_\_\_\_\_  
Cidade/município: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
- 9c. Telefone do proprietário: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 9d. E-mail: \_\_\_\_\_
10. Tipo de empresa:  restaurante  loja de varejo  assistência doméstica  construção  escritório  outro: \_\_\_\_\_
11. Horário de funcionamento: \_\_\_\_\_ 12. Nº total de funcionários: \_\_\_\_\_
- 13a. A empresa continua em funcionamento?  Sim  Não 13b. Se a resposta for “não”, quando foi que a empresa fechou? \_\_\_\_\_
14. Nome e localização do banco do empregador (anexar cópia ou canhoto do cheque): \_\_\_\_\_
15. O empregador pediu falência?  Sim  Não  Não sei

### Parte 3. Pessoa que registra a queixa (informações do emprego)

16. Seu título: \_\_\_\_\_ 17. Tipo de trabalho que você realizou: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. Data da contratação: \_\_\_\_\_ 19. Nome e título da pessoa que contratou você: \_\_\_\_\_
20. Nome(s) de seu gerente/supervisor/encarregado: \_\_\_\_\_
21. Nome da pessoa que pagou seus salários: \_\_\_\_\_
22. Endereço do local de trabalho: Nº: \_\_\_\_\_ Rua: \_\_\_\_\_ Nº do andar/sala/conjunto: \_\_\_\_\_  
Cidade/município: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
23. Você viajava regularmente a trabalho para fora do estado de New York?  Sim  Não
24. Sua relação com a empresa:  Continuo empregado  Demitido  Pedi demissão  Demitido temporariamente
- 25a. Último dia trabalhado: \_\_\_\_\_ 25b. Motivo da saída: \_\_\_\_\_
- 26a. Você era membro de algum sindicato?  Sim  Não 26b. Se a resposta for “sim”, nome do sindicato e nº local:  
\_\_\_\_\_
- 27a. Sua taxa de remuneração: US\$ \_\_\_\_\_ por  Dia  Semana  Hora  Outro \_\_\_\_\_
- 27b. Sua taxa de remuneração por hora extra: US\$ \_\_\_\_\_
- 28a. Você ganhava gorjetas regularmente?  Sim  Não
- 28b. Se a resposta for “sim”, quanto por hora, em média? \_\_\_\_\_
- 28c. Seu empregador guardava suas gorjetas e as dos outros empregados?  Não  Sim – as suas  Sim – as dos outros
- 28d. Se a resposta for “sim”, quanto? Explique: \_\_\_\_\_
- 29a. Qual era o seu dia de pagamento?  Seg  Ter  Qua  Qui  Sex  Sáb  Dom
- 29b. Que período era abrangido? (ex.: de sábado a sexta-feira) \_\_\_\_\_
30. Com que frequência você recebia seu pagamento?  Diária  Semanal  Quinzenal  Outra \_\_\_\_\_
31. Como você recebia seus salários?  Dinheiro  Cheque  Depósito em conta  Cartão de pagamento  
 Combinação: (explique - ex.: parte em dinheiro e parte em cheque) \_\_\_\_\_

32a. Você precisava usar um uniforme?  Sim  Não      32b. Se a resposta for “sim”, descreva o uniforme:

---

32c. Os uniformes eram gratuitos?  Sim  Não      32d. Se a resposta for “não”, como os uniformes eram adquiridos e quanto eles custavam?

---

#### Parte 4. Queixa sobre salários não pagos

**Preencha esta seção se houver salários devidos a você (consulte a Parte 6 se estiverem lhe devendo horas extras).**

Use uma linha para cada semana. Salários brutos significam o valor ganho antes da aplicação de impostos ou outras deduções. Anexe uma ou mais folhas separadas para semanas adicionais, ou para fornecer mais informações.

A. Data de encerramento da semana na folha de pagamento	B. Número de dias trabalhados na semana	C. Horas trabalhadas na semana	D. Remuneração (ganha ou prometida)	E. Deduções ilegais de salários (ex.: multas, perdas na produção, etc.)	F. Salários brutos devidos pela semana	G. Salários brutos pagos (se o empregador pagou alguns dos salários devidos, escreva aqui o valor)	H. Diferença entre salários brutos devidos e salários brutos pagos
Ex.: 4/4/2017	7	35	US\$ 16,00 por hora		US\$ 560 (CxD)	US\$ 0	US\$ 560 (F-G)
<b>I. Total</b>							

33a. Se seu contracheque não foi honrado pelo banco, forneça o número do cheque e a data de encerramento da semana na folha de pagamento. Se disponível, forneça uma cópia do cheque: \_\_\_\_\_

33b. Período abrangido pela queixa: Que período é abrangido pela queixa salarial?

Data de: \_\_\_\_\_ até: \_\_\_\_\_

#### Parte 5. Licença médica remunerada não paga

**Preencha esta seção para uma Licença Médica Paga que lhe é devida.** A Seção 196-b da lei Laboral do Estado de New York requer que os empregadores com cinco ou mais funcionários ou receita líquida maior que US\$ 1 milhão forneçam licença médica remunerada a seus funcionários. Em 30 de setembro de 2020, os empregados cobertos no Estado de New York começaram a acumular licenças a uma taxa de uma hora para cada 30 horas trabalhadas. Em 1º de janeiro de 2021, os funcionários puderam começar a usar as licenças acumuladas.

A. Período de acumulação da licença médica remunerada	B. Quantidade de licença médica remunerada acumulada	C. Data(s) em que a licença médica remunerada foi usada	D. Quantidade de tempo de benefício devido	E. Taxa regular de remuneração	F. Valor do pagamento do benefício devido
Ex.: 30/9/20-8/1/21	16,5 horas	11/1/21	8 horas	US\$ 20/hora	US\$ 160
<b>G. Total</b>					

## Parte 6. Queixa sobre complemento salarial não pago

Preencha esta seção para complementos salariais que lhe são devidos. Complementos salariais são pagamentos de benefícios extras prometidos pelo empregador, como: férias remuneradas, despesas, pagamento por feriados, etc.

34. Explique os benefícios prometidos ou anexe uma cópia escrita da política/manual: \_\_\_\_\_

A. Tipo de benefício devido	B. Período de ganho do benefício	C. Data do vencimento do pagamento do benefício	D. Quantidade de tempo de benefício devido	E. Valor do pagamento do benefício devido	F. Benefício prometido por:
Ex.: Férias remuneradas	1/1/16–31/12/16	1/1/17	1 semana	US\$ 700	<input checked="" type="checkbox"/> política escrita <input type="checkbox"/> promessa verbal
					<input type="checkbox"/> política escrita <input type="checkbox"/> promessa verbal
					<input type="checkbox"/> política escrita <input type="checkbox"/> promessa verbal
					<input type="checkbox"/> política escrita <input type="checkbox"/> promessa verbal
<b>G. Total</b>					

## Parte 7. Queixa sobre salário mínimo ou horas extras não pagos

Preencha esta seção se tiver recebido pagamento abaixo do Salário Mínimo Horário Estadual e/ou se não tiver recebido pagamento de horas extras, ou se lhe for devido pagamento por horas extras por trabalhar 2 turnos em um dia, ou por trabalhar mais de 10 horas em um dia. A maioria dos empregados deve receber pelo menos o salário mínimo e uma vez e ½ se tiverem trabalhado mais de 40 horas semanais.

35a. Você recebe o pagamento do salário mínimo por cada hora trabalhada?  Sim  Não

35b. Você recebe o pagamento de uma vez e ½ pelas horas trabalhadas além das 40?  Sim  Não

35c. Você recebe o pagamento algum salário pelas horas trabalhadas além das 40?  Sim  Não 35d. Se a resposta for “sim”, quanto por hora? \_\_\_\_\_

35e. Você recebe pagamento de horas extras por trabalhar 2 turnos em um dia ou mais de 10 horas em um dia?  
 Sim  Não

35f. Se a resposta for “não” para qualquer uma das perguntas acima, explique e preencha o cronograma de sua semana de trabalho abaixo: \_\_\_\_\_

A. Dia de trabalho	B. Horário de início do dia de trabalho	C. Horário de término do dia de trabalho	D. Tempo reservado para refeições	G. Horas totais
Exemplo	10:00	23:00	30 min	12,5 horas
Domingo	:	:		
Segunda-feira	:	:		
Terça-feira	:	:		
Quarta-feira	:	:		
Quinta-feira	:	:		
Sexta-feira	:	:		
Sábado	:	:		
<b>F. Total semanal</b>				

- 36a. As horas trabalhadas listadas acima são as mesmas todas as semanas?  Sim  Não
- 36b. Se a resposta for “não”, forneça sua estimativa do número médio de horas trabalhadas por semana: \_\_\_\_\_
- 36c. Estão lhe devendo algum pagamento por visitas ou manutenção de uniforme? Se a resposta for sim, explique e forneça as datas.
- \_\_\_\_\_

36d. Período abrangido pela queixa: Que período de tempo é abrangido em sua queixa por salário mínimo ou horas extras?  
Data de: \_\_\_\_\_ até: \_\_\_\_\_

36e. Forneça informações sobre sua remuneração regular e por horas extras durante o período abrangido pela queixa acima:

Data de:	_____	até:	_____
Regular: US\$	_____ por _____	Horas extras: US\$	_____ por _____
Data de:	_____	até:	_____
Regular: US\$	_____ por _____	Horas extras: US\$	_____ por _____
Data de:	_____	até:	_____
Regular: US\$	_____ por _____	Horas extras: US\$	_____ por _____

## Parte 8. Queixa não relacionada a salário

**Marque as opções aplicáveis se quiser fazer uma queixa não relacionada a salário. Marque todas as opções aplicáveis. Explique e forneça uma folha adicional, se necessário.**

O empregador falhou em:

- 37a.  Fornecer um período de refeição de 30 minutos \_\_\_\_\_  
Você recebeu pagamento pelo tempo trabalhado quando o empregador falhou no fornecimento do período de refeição?  Sim  Não
- 37b.  Fornecer uma declaração de pagamento (recibo de pagamento) \_\_\_\_\_
- 37c.  Fornecer um dia de descanso \_\_\_\_\_
- 37d.  Fornecer pagamento de salários de empregados usando no mínimo um destes métodos possíveis:  
Dinheiro/cheque/Depósito em conta/cartão de débito da folha de pagamento (cartão de pagamento) \_\_\_\_\_
- 37e.  Obter a autorização por escrito do funcionário para o pagamento de salários por depósito em conta ou cartão de débito na folha de pagamento.  
\_\_\_\_\_
- 37f.  Fornecer aviso de demissão \_\_\_\_\_
- 37g.  Fornecer um aviso de taxa de remuneração com todas as informações requeridas \_\_\_\_\_
- 37h.  Pagar os salários pontualmente \_\_\_\_\_
- 37i.  Pagar os salários somente nos livros de registro \_\_\_\_\_
- 37j.  Fornecer reserva para Licença médica requerida pelo Estado de New York \_\_\_\_\_
- 37k.  Publicar avisos requeridos/cartaz sobre salário mínimo \_\_\_\_\_
- 37l.  Seguir regras para emprego do trabalho de menores (menos de 18 anos) \_\_\_\_\_
- 37m.  Outro \_\_\_\_\_

## Parte 9. Histórico da queixa

38a. Você solicitou seus salários?  Sim  Não

38b. Se a resposta for sim, explique. A quem e quando você solicitou, e o que aconteceu?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38c. Você já tomou alguma medida, como fazer queixa no tribunal de pequenas causas ou abrir um processo, para recuperar seus salários?  Sim  Não

38d. Se a resposta for "sim", explique: \_\_\_\_\_

## Parte 10. Ação retaliativa

39a. Você se queixou para seu empregador sobre isso ou qualquer outra violação de leis trabalhistas?  Sim  Não

39b. Se a resposta for "sim", o que aconteceu? \_\_\_\_\_

39c. Agora você deseja registrar uma queixa retaliativa contra este empregador?  Sim  Não

## Parte 11. Assistência a queixas

40a. Você tem um representante (como um advogado privado, uma firma de advocacia)?  Sim  Não

40b. Se a resposta for "sim", forneça o nome da pessoa ou firma: \_\_\_\_\_

40c. Este representante o auxiliou no registro desta queixa?  Sim  Não

40d. Você pagou, ou pretende pagar, por este representante?  Sim  Não

40e. Você gostaria que nós falássemos com este representante sobre sua queixa?  Sim  Não  
Se a resposta for sim, os representantes deverão enviar uma Carta de Representação (LS 11).

40f. Alguém que não o representante o ajudou a preencher este formulário?  Sim  Não

40g. Se a resposta for "sim", quem o ajudou, e por quê? \_\_\_\_\_

## Comentários adicionais/informações úteis:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Declaro que as informações acima são verdadeiras, salvo melhor juízo, e estou ciente da existência de penalidades por fazer falsas declarações. Autorizo o Comissário do Trabalho e seus adjuntos ou agentes a receber, endossar meu nome e depositar na conta do Comissário do Trabalho quaisquer cheques ou ordens de pagamento feitos para mim como pagamento associado a esta queixa. Notificarei a Secretaria do Trabalho do Estado de New York caso haja alguma alteração em minhas informações de contato.**

\_\_\_\_\_

Assinatura do queixoso

\_\_\_\_\_

Data

Entregue seu formulário preenchido no endereço constante na Página 1.